

# BULLETIN D'AFFILIATION SANTÉ OFFISSIMA

KLESIA S.A.

zone réservée

Ce document est à retourner à :  
KLESIA S.A. - 1-13 rue Denise Buisson - 93554 Montreuil cedex

## À RENSEIGNER PAR L'ENTREPRISE

TYPEDOC : IAFSPHNC

Raison sociale de l'entreprise \_\_\_\_\_  
Siren \_\_\_\_\_ NIC - Code NAF \_\_\_\_\_ Siret \_\_\_\_\_  
Date d'entrée du salarié dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Date d'affiliation du salarié à la garantie frais médicaux<sup>1</sup> 0 1 \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_  
Régime souscrit par l'employeur :  OFFISSIMA  Contrat complémentaire OFFISSIMA +

## SALARIÉ À ASSURER À TITRE OBLIGATOIRE (À RENSEIGNER PAR LE SALARIÉ)

Monsieur  Madame Statut du salarié : Non Cadre<sup>2</sup>  
Situation de famille :  Marié(e)  Pacs  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  
NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom usuel / marital \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Téléphone domicile : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_  
Organisme de rattachement Sécurité sociale<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  Pas de télétransmission<sup>4</sup>

## ADHÉSION DE MES AYANTS-DROIT À CHARGE AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

QUALITÉ CONJOINT/ENFANT <sup>5</sup>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME DE RATTACHEMENT

## SOUSCRIPTION DES OPTIONS FACULTATIVES (UNIQUEMENT SI VOTRE ENTREPRISE N'A SOUSCRIT QU'À OFFISSIMA)

- Je souhaite compléter ma couverture avec l'option OFFISSIMA + Solo. Les bénéficiaires déclarés ci-dessus seront automatiquement affiliés à l'option OFFISSIMA + Solo (voir tarifs et modalités au verso).
- Je souhaite étendre les garanties aux membres de ma famille n'ayant pas la qualité d'ayants-droit au sens de la Sécurité sociale (voir tarifs et modalités au verso).

QUALITÉ CONJOINT/ENFANT <sup>5</sup>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME DE RATTACHEMENT

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et des tarifs proposés. Je m'engage à régler, sur appel de cotisation, les cotisations résultant de mon adhésion au régime optionnel individuel et/ou à l'extension des garanties par prélèvement trimestriel sur compte bancaire et ce, dès le premier paiement. En cas de rejet des prélèvements, je m'engage à régler sous huit jours les sommes dues et non prélevées, du fait du rejet. J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et, en cas de cessation de l'assurance, à restituer les attestations de tiers payant qui m'auront été remises.

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'ASSURÉ (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CACHET DE L'ENTREPRISE

- En l'absence de précisions, la date d'effet est le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du bulletin.
- Non cadre : personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 la CCN du 14 mars 1947
- Cette information figure sur l'attestation vitale de la personne concernée.
- Si vous refusez la télétransmission (NOEMIE), cochez cette case. Dans ce cas, votre caisse de Sécurité sociale ne nous transmettra pas directement vos décomptes par voie électronique. Le délai de remboursement sera allongé.
- Au-delà de 2 bénéficiaires, nous vous remercions de compléter la liste de vos ayants droit sur papier libre.

Les informations sont collectées par KLESIA S.A. pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information commerciale. Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités du groupe KLESIA, ses délégataires de gestion et ses partenaires. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires sur les produits et services du groupe KLESIA et de ses partenaires, veuillez cocher cette case :  Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime et de suppression des informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à KLESIA - Service info CNIL - rue Denise Buisson - 93554 Montreuil cedex ou par courrier à l'adresse suivante : info@klesia.fr

Contrat souscrit par l'APGK, Association de Prévoyance du Groupe KLESIA, régie par la Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, Siège social : 4-22 rue Marie-Georges Picquart 75017 Paris, auprès de KLESIA S.A., entreprise régie par le code des assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5.115.000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 340 483 684, dont le siège social est situé au 4-22 rue Marie-Georges Picquart 75017 Paris

**KLESIA**  
S.A.

# Comment compléter votre bulletin d'affiliation ?

## AFFILIATION AU CONTRAT OBLIGATOIRE

### Si votre employeur a choisi le contrat OFFISSIMA :

Votre cotisation est calculée par votre employeur et elle est prise en compte dans votre feuille de paie. Votre employeur reverse ces cotisations à Klesia S.A. qui est l'assureur de votre contrat OFFISSIMA.

### Si votre employeur a également opté pour l'option OFFISSIMA + :

Votre cotisation est calculée par votre employeur et elle est prise en compte dans votre feuille de paie. Votre employeur reverse ces cotisations à Klesia S.A. qui est l'assureur de votre contrat OFFISSIMA +.

Dans les deux cas, les ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale mentionnés sur le présent bulletin seront affiliés automatiquement à cette option.

## LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI PEUVENT BÉNÉFICIER DES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF

La garantie frais de santé couvre :

- l'assuré,
- le conjoint de l'assuré, s'il bénéficie des prestations de la Sécurité sociale au titre d'ayant droit de ce dernier,
- les enfants de l'assuré à sa charge ou à la charge de son conjoint, au sens de l'article L.313-3 du code de la Sécurité sociale, ou qui, âgés de 18 à 20 ans, suivent des cours de formation rémunérés, dans le cadre de la loi sur l'emploi des jeunes,
- le concubin non salarié et les enfants de celui-ci s'ils sont considérés par la Sécurité sociale comme ayants droit de l'assuré,
- le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS) et les enfants de celui-ci s'ils sont considérés par la Sécurité sociale comme ayant droit de l'assuré.

## SI VOUS ÉTENDEZ LA COUVERTURE À VOS AYANTS DROIT NON À CHARGE AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Vous pouvez étendre les garanties aux membres de votre famille n'ayant pas la qualité d'ayants droit à charge SS (Conjoint, partenaire de PACS ou concubin de l'assuré disposant de son propre numéro de Sécurité sociale et/ou enfants poursuivant leurs études jusqu'à 27 ans)

Si vous souhaitez souscrire cette option, cochez la case indiquant « je souhaite étendre les garanties... ». Les cotisations propres à cette option sont à votre charge, elles sont de type « adulte / enfant » et le montant dépend donc de la composition de la cellule familiale. Elles seront prélevées chaque trimestre, à terme d'avance, sur votre compte bancaire. Nous vous remercions de joindre un mandat de prélèvement SEPA et un RIB à votre bulletin d'affiliation.

GARANTIES OFFISSIMA		TARIF TRIMESTRIEL 2015
Extension	Au conjoint	102 €
	Par enfant entre 20 et 27 ans	60 €

## SOUSCRIPTION D'UNE OPTION FACULTATIVE POUR COMPLÉTER VOTRE COUVERTURE

Si votre employeur n'a pas opté pour le contrat OFFISSIMA +, vous pouvez souscrire à titre personnel le contrat OFFISSIMA + Solo qui améliore votre couverture santé obligatoire.

Si vous souhaitez souscrire cette option, cochez la case indiquant « je souhaite compléter ma couverture avec l'option OFFISSIMA + Solo ». Les cotisations propres à cette option sont à votre charge, elles sont de type « adulte / enfant » et le montant dépend donc de la composition de la cellule familiale. Elles seront prélevées chaque trimestre, à terme d'avance, sur votre compte bancaire. Nous vous remercions de joindre un mandat de prélèvement SEPA et un RIB à votre bulletin d'affiliation.

GARANTIES OFFISSIMA + SOLO		TARIF TRIMESTRIEL 2015
Renfort individuel et extension du renfort aux ayants droit	Par adulte (assuré et ayant droit)	21,60 €
	Par enfant	12,21 €

## DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

Nous avons besoin des documents suivants. Il est important de vérifier que vous n'avez rien oublié pour nous permettre d'enregistrer votre adhésion sans retard et vous apporter un service efficace.

- Le présent Bulletin d'Affiliation, complété, daté et signé.
- Une copie de votre Attestation Vitale datant de moins de 3 mois sur laquelle figurent tous vos bénéficiaires (conjoint et enfants) et l'attestation Vitale de votre Conjoint (concubin ou PACS) lorsqu'il est affilié au régime.
- Pour la couverture du conjoint lié par un PACS, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile du Participant ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun.
- Pour la couverture du concubin, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).
- Pour la couverture des enfants, selon le cas :
  - un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
  - pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime étudiant ;
  - une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
  - une copie du livret de famille dans le cas où l'enfant porte un nom différent de l'assuré principal, du conjoint ou de partenaire de Pacs.
- Un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel les remboursements seront versés.
- Le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé si vous avez souscrit une option visant à renforcer vos garanties et/ou si vous avez étendu le bénéfice des garanties à vos ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale.

La télétransmission permet un échange direct de vos décomptes entre la Sécurité sociale et KLESIA S.A. Elle garantit un traitement rapide de vos décomptes et du virement de vos prestations.

## À QUI ADRESSER VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION ET LES PIÈCES QUI L'ACCOMPAGNENT ?

Vous devez remettre votre Bulletin d'Affiliation et les pièces qui l'accompagnent à votre employeur, qui nous fera suivre l'ensemble de ce dossier.